問診表（産科）

ふりがな 氏名	昭・平 年　月　日　歳	
住所　〒		
携帯電話:	固定電話:	
身長　cm　体重　kg	職業:	既婚 ・ 未婚

① 市販の妊娠検査で陽性に出た日（　月　日）

最終月経 R　年　月　日～　月　日まで

月経周期（　日型）

② ＊いままでの妊娠、出産についてご記入ください。

・自然流産をしたことがありますか　ない　ある（　回）

・人工妊娠中絶をしたことがありますか　ない　ある（　回）

出産年月日	出産週数	妊娠・出産・産後の状態（下記番号を記入）	児の出生体重	分娩場所
例）H30.4	39週 3日	1・4・8	3024g	当院・他院

1. 正常分娩　2. 帝王切開　3. 吸引分娩　4. 妊娠性高血圧症候群　5. 妊娠糖尿病

6. 切迫流産　7. 切迫早産　8. 産後出血　9. 死産　10. その他（病名・症状を記入）

③ 既往歴を記入してください（いままでにかかった事のある病気・病名とその時の年齢）

手術歴 無・有（　）　輸血歴: 有 ・ 無

現在内服中の薬はありますか？

無 ・ 有（薬名:　）

アレルギー 無・有（薬:　その他:　）喘息 無・有 ／ 喫煙 有 ・ 無

④ 他に医師に相談したいことがありましたら下記にお書きください